

Sykehusbasert ryggomsorg i Norge

Rapport nr. 1
Nasjonalt ryggnettverk - Formidlingsenheten
Juli 2001

Søren Brage
Ingunn Gihle

SAMMENDRAG	3
BAKGRUNN	4
ANSVAR FOR RYGGOMSORGEN PÅ SYKEHUS	4
TIDLIGERE UNDERSØKELSER AV RYGGOMSORGEN	4
TIDLIGERE FORSLAG TIL FORBEDRING AV RYGGOMSORGEN - RYGGPOLIKLINIKKER.....	5
ANDRE FORBEDRINGSFORSLAG	5
FORMÅL	6
METODE	6
SYKEHUSNIVÅ.....	6
AVDELINGER OG POLIKLINIKKER	6
INTERVJUER	7
RESULTAT	8
OMFANGET AV RYGGBEHANDLING VED SYKEHUS	8
RYGGPOLIKLINIKKER	9
TVERRFAGLIGHET	11
VENTETID	11
VURDERING AV DET LOKALE SAMARBEIDET.....	12
PROBLEMER I RYGGOMSORGEN.....	12
FORSLAG TIL FORBEDRINGER AV OMSORGEN	13
ØNSKE OM INFORMASJONSFORM MED NR.....	14
DISKUSJON	15
FRAGMENTERING AV OMSORGEN	15
OMFANGET AV RYGGBEHANDLING.....	15
RYGGPOLIKLINIKKER	15
TVERRFAGLIGHET	16
VENTETID	16
LOKALT SAMARBEID	17
PROBLEMER I RYGGOMSORGEN.....	17
FORBEDRINGER AV RYGGOMSORGEN.....	17
ØNSKE OM INFORMASJONSFORM MED NR.....	18
KONKLUSJONER	19
REFERANSER	20

Sammendrag

I tidligere rapporter har det vært pekt på mangler i den sykehusbaserte omsorgen av pasienter med ryggsmarter. Omsorgen har hatt lavt prioritert, har ikke vært fast forankret ved bestemte sykehusavdelinger, har hatt lang ventetid på undersøkelse i spesialisthelsetjenesten, og har ikke vært tverrfaglig.

For å få en statusrapport over dagens omsorg, har Nasjonalt ryggnettverk – Formidlingsenheten gjort en kartlegging av den sykehusbaserte behandlingen av pasienter med ryggsmarter. Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse til landets sykehus i tidsrommet juni 2000-februar 2001. Spørreskjemaet omfattet sytten spørsmål om bl.a. behandlingens størrelse, bemanning, samarbeidsforhold, pasientgrunnlag, og om ønsker i forhold til Nasjonalt ryggnettverk. 96 avdelinger og poliklinikker ble kontaktet. Det kom inn svar fra 58 (svarprosent 60).

Undersøkelsen tyder på at ingen fagspesialitet har et overordnet ansvar for den sykehusbaserte ryggomsorgen. Plasseringen ved sykehusene kan fortsatt virke tilfeldig. Mesteparten av ryggpasientene ble behandlet ved avdelinger og poliklinikker på sentralsykehus og regionsykehus. Anslagsvis ble vel 50.000 ryggpasienter utredet og behandlet ved landets sykehus i år 2000. Behandlingen av ryggpasienter var for en stor del sentralisert.

6 poliklinikker ble identifisert som tverrfaglige ryggpoliklinikker, og ytterligere 7 ble regnet som ryggpoliklinikker med begrenset tverrfaglighet. Disse var konsentrert i og i nærheten av Oslo og Bergen. Etableringen av ryggpoliklinikker synes å gå langsomt, noe som kan tyde på at innføringen av nye tverrfaglige utrednings- og behandlingstakster ikke har hatt ønsket effekt.

Graden av tverrfaglighet ved sykehusavdelingene var lav, og kiropraktorer var ikke tilknyttet sykehusavdelinger og poliklinikker som behandler ryggpasienter. Tverrfaglig arbeid forekom flere steder, men er generelt ikke så utbygd som ønskelig.

Ventetiden til avdelinger og poliklinikker som behandler ryggpasienter var i gjennomsnitt 3 måneder. Ved enkelte sykehus var ventetidene betydelig lengre.

Det lokale eksterne samarbeidet var jevnt over vurdert som godt, unntatt i forhold til kiropraktorene som verken var engasjerte internt på sykehusene eller i eksternt samarbeid mellom annenlinje- og førstelinjetjenesten.

Avdelingene og poliklinikkene ved region- og sentralsykehus anga størst problemer i forhold til økonomi og organisering. Ved lokalsykehusene hadde man mangel på kvalifisert personell.

Forholdsvis få av forslagene til forbedring av ryggomsorgen gjaldt økt tildeling av ressurser og utvidet kapasitet. Mesteparten gikk i retning av bedre utnyttelse av eksisterende ressurser, først og fremst bedret samordning, organisering, samarbeid og kvalitet. De forslag til forbedring av ryggomsorgen i Norge som ble gitt var i tråd med de anbefalinger som gis i kunnskapsbaserte retningslinjer.

Formidling av informasjon fra Ryggnettverket kan ikke baseres på internett og e-post, da dette har lav prioritert blant sykehusleger.

Bakgrunn

Mesteparten av all behandling av ryggglidelser foregår i førstelinjetjenesten. Mer alvorlige, kompliserte og langvarige tilfeller henvises til utredning og behandling ved sykehusenes avdelinger og poliklinikker.

Antallet ryggpasienter som behandles ved sykehusene er usikkert, og henvisningsmønstret til sykehusene er lite kjent. Antallet ryggoperasjoner har vært angitt til 4000-4500 per år. På sikt vil Norsk Pasientregister kunne gi data om ryggbehandling ved norske sykehus, men foreløpig er rapporteringen fra de enkelte sykehus for usystematisk til å kunne gi estimater.

Ansvar for ryggomsorgen på sykehus

Det har tidligere vært pekt på at den sykehusbaserte ryggomsorgen er fragmentert. I en rapport fra 1991 om ryggpoliklinikker skrev Lie at det fantes ”ingen medisinsk faggruppe som har det overordnede ansvar for det brede spekter av pasienter med ryggglidelser. Avhengig av primærlegens oppfatning av ryggglidelsenes etiologi og de lokale spesialisters tilbud i annenlinjetjenesten, vil pasienter med tilsynelatende identiske ryggglidelser, kunne bli henvist enten til nevrolog, ortoped, revmatolog, fysikalsk medisiner eller endog til psykiater” (Lie, 1991). Lie hevdet videre at det var en ”ustrukturert, dårlig koordinert annenlinjetjeneste som blir svært tidkrevende, ineffektiv og kostbar”.

Fragmenteringen av den sykehusbaserte ryggomsorgen ble også pekt på av en arbeidsgruppe oppnevnt av Statens Helsetilsyn i en rapport om organiseringen av ryggpoliklinikker (Hoddevik, 1997). Blant hovedsvakheter ved ryggomsorgen nevnte arbeidsgruppen bl.a. at diagnosene lumbago/isjias/isjialgi bare delvis falt inn under etablerte medisinske legespesialiteter slik at ingen tok det fulle ansvar for å gi denne pasientgruppen et helhetlig tilbud.

Blant andre svakheter ved omsorgen som denne arbeidsgruppen drøftet, var også lang ventetid på undersøkelse i spesialisthelsetjenesten og lav kompetanse på ryggglidelser i primærhelsetjenesten.

Tidligere undersøkelser av ryggomsorgen

Norsk forening for ryggforskning nedsatte i 1994 en arbeidsgruppe som utarbeidet en statusrapport vedrørende behandling av ryggpasienter i norsk helsevesen (Norsk forening for ryggforskning, 1994). Rapporten var basert på et spørreskjema til alle sykehus i landet og til et utvalg kommuneleger. Rapporten viste at andelen ryggpasienter varierte betydelig mellom ulike sykehusavdelinger. Ved kirurgiske og ortopediske avdelinger var andelen ryggpasienter bare 4-5%, mens andre hadde mye høyere andel, spesielt fysikalsk medisinske poliklinikker (57%) og fysikalsk medisinske og nevrologiske sengeavdelinger (38%). Sykdomsdiagnosene var dominert av isjias/prolaps og degenerativ lidelse/uspesifisert lumbago. Fra avdelingenes og poliklinikkens side ble ventetiden oppgitt å være 9-12 uker til kirurgiske, ortopediske, nevrokirurgiske og nevrologiske avdelinger, men 3-4 uker ved fysikalsk medisinske avdelinger. Andelen pasienter som ble henvist videre til andre spesialavdelinger var liten.

Primærlegene, på den annen side, opplevde betydelig venting til sykehusavdelingene. Bare 21% av legene mente at ventetiden til poliklinisk vurdering av ryggpasienter var akseptabel.

Tidligere forslag til forbedring av ryggomsorgen - ryggpoliklinikker

Flere tidligere utredninger har lagt vekt på at diagnostikk og behandling av mer kompliserte eller langvarige ryggsmertes krever en tverrfaglig tilnærming, der man tar i bruk den samlede kompetansen til flere yrkesgrupper. Én måte å gjøre dette på er å organisere omsorgen ved tverrfaglige ryggpoliklinikker. Ved Ullevål sykehus ble det etablert en tverrfaglig ryggpoliklinikk i 1989-90 i samarbeid mellom poliklinikkene ved nevrologisk avdeling og fysikalsk medisinsk avdeling (Lie, 1991). Ryggpoliklinikken stred med bemanningsproblemer og økonomiske innstramninger, men behandlet allikevel 1167 pasienter i 1990, nesten alle fra Oslo og henvist fra primærhelsetjenesten. Ventetiden var 6 uker. I 1991 ble poliklinikkene delt på ny, men ryggpoliklinikken har fortsatt som en del av nevrologisk avdeling. I rapporten fremholdes at den samlede ryggpoliklinikken i sin korte tid fungerte etter intensjonene. Den ga et raskere og bedre samordnet behandlingstilbud for pasienter med rygglidelser i Oslo.

I rapporten fra Norsk forening for ryggforskning ble det anbefalt å opprette ryggpoliklinikker med tverrfaglig kompetanse ved sentralsykehusene (Norsk forening for ryggforskning, 1994). I dette lå også eksplisitt at samarbeidet med avdelinger for billeddiagnostikk og operative inngrep burde forenkles.

Arbeidsgruppen fra Statens Helsetilsyn så spesielt på forslagene om tverrfaglige ryggpoliklinikker (Hoddevik, 1997). Den foreslo å opprette ryggpoliklinikker ved alle sentralsykehus og regionsykehus. Målene for ryggpoliklinikkene var relevant spesialistservice for primærhelsetjenesten, kort ventetid og god og ubyråkratisk tilgjengelighet. I tillegg burde ryggpoliklinikkene ha egne og faste lokaler i sykehuset, og administrativt høre inn under en spesialavdeling, fortrinnsvis fysikalsk medisinsk avdeling eller nevrologisk avdeling. De burde bemannes av flere yrkesgrupper, slik at utredning og behandling kan skje tverrfaglig. Fast minimumsbemanning, basert på befolkningsunderlag var ansett som nødvendig. Faste stillinger burde gis til leger, fysioterapeuter, kiropraktorer og sekretærer, mens andre yrkesgrupper, slik som psykolog, ergoterapeut og sosialantropolog, kunne leies ved behov. Foruten de faste legene, med sin spesialitet, burde det også være faste samarbeidsavtaler med andre legespesialiteter, røntgenavdelinger og laboratorier. Stabile økonomiske rammer var ansett som nødvendig.

Andre forbedringsforslag

Heving av kompetansen har vært foreslått av Norsk forening for ryggforskning, som i sin rapport bl.a. konkluderte med at bedret samarbeid i førstelinjetjenesten, sammen med kompetanseheving, var nødvendig (Norsk forening for ryggforskning, 1994).

I Statens Helsetilsyns veiledningsserie ble det i 1995 gjort et første forsøk på tverrfaglige retningslinjer for ryggdiagnostikk og -behandling (Statens Helsetilsyn, 1995). Formålet bak dette dokumentet var å bedre kunnskapen om de vanligste rygg sykdommene, samt å foreslå omforente retningslinjer for alle ryggbehandlere i primærhelsetjenesten. Retningslinjene var konsensusbaserte.

Veiledningsheftet drøftet bare i beskjeden utstrekning organiseringen av ryggomsorgen, men la vekt på lokalt samarbeid i førstelinjetjenesten. Samarbeidet mellom sykehus og andre behandlere ble ikke nærmere berørt.

Formål

For å få en oppfatning om den sykehusbaserte ryggomsorgen i dag har Nasjonalt ryggnettverk – Formidlingsenheten foretatt en spørreskjemaundersøkelse til landets sykehus. Resultatene fra denne undersøkelsen må oppfattes som grove estimater. De må ikke regnes som grunnlag for styring, men foreløpig for å peke på de problemer som finnes i ryggomsorgen i dag.

Formålet med studien var å kartlegge den sykehusbaserte utredningen og behandlingen av pasienter med ryggsmarter.

Metode

Studien ble gjennomført som en spørreundersøkelse til landets sykehus i tidsrommet juni 2000-februar 2001.

Sykehusnivå

Landets sykehus ble gruppert på tre nivåer:

- regionsykehus, som her også inkluderer landsdekkende sykehus
- sentralsykehus
- lokalsykehus og fylkessykehus, heretter kalt lokalsykehus

Siden rapportens formål var å kartlegge den sykehusbaserte ryggomsorgen ble opptreningsinstitusjoner ikke inkludert.

Avdelinger og poliklinikker

Som nevnt i innledningen har ingen medisinsk spesialitet det overordnede ansvaret for behandling av ryggsykdommer. Utredning og behandling av ryggpasienter foregår på forskjellige sykehusavdelinger, avhengig av pasientens plager, primærlegens preferanser, medisinsk tradisjon og de enkelte sykehuslegenes kompetanse og interesse. Aktuelle avdelinger ved sykehusene var avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering, ortopedi, ortopedisk kirurgi, nevrologi, nevrokirurgi, revmatologi og, ved de mindre sykehusene, kirurgi. Til de enkelte avdelingene er det knyttet poliklinikker. Ved noen sykehus finnes også poliklinikker med mer selvstendig stilling.

Valget av sykehus, avdelinger og poliklinikker som skulle inngå i undersøkelsen, var basert på offentlige lister i kommunedatabasen og Årbok for Den norske lægeforening 2000-2001 (Kommunedatabasen, 1999; Den norske lægeforening, 2000).

I tillegg ble det brukt opplysninger fra Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning som utreder bruken av tverrfaglige utrednings- og behandlingstakster for ryggglidelser (Kjærstad,

personlig meddelelse). Det ble også søkt kontakt med noen større private aktører, men de resultatene inngår ikke i denne rapporten.

Tabell 1 viser en oversikt over offentlige norske sykehus, avdelinger og poliklinikker som utreder og behandler ryggpasienter. Samtlige ble kontaktet, dvs. i alt 96 avdelinger fordelt på 65 sykehus.

Tabell 1. Oversikt over sykehus, avdelinger og poliklinikker i ryggomsorgen

Sykehusnivå	Sykehus antall	Avdelinger/ poliklinikker
Regionsykehus	6	15
Sentralsykehus	23	39
Lokalsykehus (inkl. fylkessykehus)	36	42
Totalt	65	96

Intervjuer

Undersøkelsen var basert på et spørreskjema som ble utarbeidet spesielt for dette formålet.

Undersøkelsen ble gjennomført i to trinn. Først ble det gjort en runde med telefonintervjuer til 19 avdelinger og poliklinikker. Hensikten var å teste spørreskjemaets kvalitet. Etter noen mindre forandringer, mest av layoutmessig karakter, ble skjemaet sendt ut som en skriftlig undersøkelse til de resterende 77 avdelinger og poliklinikker. Det ble samtidig gitt en orientering om Nasjonalt ryggnettverk.

Spørreskjemaet var semi-strukturert og omfattet sytten spørsmål om bl.a. enhetens størrelse, bemanning, samarbeidsforhold, pasientgrunnlag, og om ønsker i forhold til Nasjonalt ryggnettverk. Spørreskjemaet vedlegges i appendiks.

Resultat

Fra 43 sykehus kom det inn svar fra 58 avdelinger og poliklinikker (svarprosent 60). Svarprosenten var høyere fra regionsykehus (67%) enn fra sentralsykehus (61%) og lokale sykehus (56%).

Følgende avdelinger og poliklinikker besvarte spørreskjemaene:

Tabell 2. Innkomne svar etter type avdeling/poliklinikk

Type avdeling/poliklinikk	Antall svar
Avd eller poliklinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering	19
Ortopedisk avd eller poliklinikk	14
Kirurgisk avd	9
Revmatologisk avd	7
Nevrologisk avd eller poliklinikk	5
Nevrokirurgisk avd	3
Medisinsk avd	1
Totalt	58

Ryggomsorgen er spredt over flere medisinske spesialiteter, først og fremst avdelinger og poliklinikker for fysikalsk medisin og rehabilitering, ortopedi og kirurgi.

Omfanget av ryggbehandling ved sykehus

I undersøkelsen ble det spurt etter hvor mange pasienter som ble behandlet årlig ved enheten, og hvor stor andel av disse som var ryggpasienter. 46 avdelinger og poliklinikker hadde besvart dette spørsmålet. På basis av disse opplysningene ble det beregnet hvor mange ryggpasienter som ble behandlet på hvert sykehusnivå og hvor stor andel av det totale pasientantallet som ble behandlet på hvert nivå (tabell 3).

Tabell 3. Antall behandlede ryggpasienter per år etter sykehusnivå

Avd. inndelt i sykehusnivå	Antall avd. svart	Ryggpas./år antall	Ryggpas./år andel
Regionsykehus	8	8612	31%
Sentralsykehus	21	17672	63%
Lokalsykehus	17	1886	6%
Totalt	46	28170	100%

Mesteparten av ryggpasientene ble behandlet på sentralsykehusenes avdelinger og poliklinikker. En betydelig andel ble også behandlet ved regionsykehusene, mens omfanget av behandling ved de lokale sykehusene var beskjedent.

Hvis vi forutsetter et tilsvarende tilfang av pasienter til de avdelingene og poliklinikkene som ikke besvarte undersøkelsen, så ble vel 50.000 ryggpasienter utredet og behandlet ved landets sykehus i år 2000.

Det var stor spredning i antall behandlede ryggpasienter ved avdelingene og poliklinikkene (tabell 4). De fleste store rygginstitusjonene, definert som mer enn 1000 behandlede ryggpasienter per år, fantes på sentralsykehusnivå. En del avdelinger ved sentralsykehusene hadde imidlertid få ryggpasienter. Dette gjaldt også for regionsykehusene. Avdelingene ved lokalsykehusene skilte seg klart ut ved at over halvparten av disse behandlet mindre enn 100 ryggpasienter hvert år.

Tabell 4. Antall behandlede ryggpasienter per år etter sykehusnivå

Avdelinger inndelt i sykehusnivå	Antall ryggpasienter/år				Avdelinger ikke svart	Sum
	1-99	100-299	300-999	1000-		
	Antall avdelinger					
Regionsykehus	3	1	1	3	2	10
Sentralsykehus	4	5	6	6	5	26
Lokalsykehus	11	4	2	0	5	22
Totalt antall avdelinger	18	10	9	9	12	58

Behandlingen av ryggpasienter var sentralisert. 2/3 av avdelingene behandlet til sammen bare 9% av ryggpasientene. Den siste tredjedelen behandlet over 90% av alle ryggpasienter (tabell 5).

Tabell 5. Antall behandlede ryggpasienter per år etter størrelse på avdelingen/poliklinikken

Størrelse på avd/pol	Antall avd/pol	Ryggpas./år antall	Ryggpas./år andel
1-99 pasienter/år	18	833	3%
100-299	10	1580	6%
300-999	9	4450	16%
>1000	9	21307	75%
Totalt	46	28170	100%

Ryggpoliklinikker

I rapporten om tverrfaglige ryggpoliklinikker, ble det fremsatt forslag om deres organisering og bemanning (Hoddevik, 1997). Med dette som utgangspunkt, søkte vi å identifisere hvilke poliklinikker som i dag kan regnes som tverrfaglige ryggpoliklinikker. Følgende kriterier ble brukt:

- Poliklinikken tar imot ryggpasienter fra primærhelsetjenesten for utredning, diagnostikk, og rehabilitering
- Ryggpasientene er i flertall av det totale antallet pasienter
- Poliklinikken tar imot minst 300 pasienter per år
- Poliklinikken er tverrfaglig, definert som å ha tre eller flere yrkesgrupper, administrativt personell ikke innberegnet
- Poliklinikken har samarbeid mellom minst tre ulike legespesialiteter, som for eksempel kirurgi, fysikalsk medisin, revmatologi, nevrologi.

Ut fra disse kriteriene ble 6 poliklinikker identifisert som ”ryggpoliklinikker med spesialistsamarbeid”. I tillegg oppfylte 7 poliklinikker kriteriene med unntak av det siste (med representasjon av minst tre legespesialiteter). Disse har vi kalt ”andre ryggpoliklinikker” (tabell 6).

Tabell 6. Ryggpoliklinikker per 1.1.2001 etter fylke

Fylke	Sykehus	Poliklinikk
<i>Ryggpoliklinikker med spesialistsamarbeid</i>		
Østfold	Sykehuset Østfold	Ryggklinikken, revm avd
Akershus	Sentralsykehuset i Akershus	Nevrologisk poliklinikk
Oslo	Ullevål sykehus	Ryggpoliklin, avd fys med og rehab
Oslo	Ullevål sykehus	Ryggpoliklin, nevr avd
Aust-Agder	Aust-Agder sentralsykehus	Ryggpoliklin, revm avd
Hordaland	Kysthospitalet i Hagevik	Ortopedisk poliklinikk
<i>Andre ryggpoliklinikker</i>		
Oslo	Oslo Ortop Universitetsklinikk	Ortopedisk poliklinikk
Hedmark	Sentralsjukehuset i Hedmark	Ryggpoliklin på Ottestad
Vestfold	Kysthospitalet ved Stavern	Poliklinikk for fys med og rehab
Telemark	Telemark sentralsykehus	Poliklinikk for fys med og rehab
Vest-Agder	Kongsgård sykehus	Fys med poliklinikk
Hordaland	Haukeland sykehus	Nakke- og ryggpoliklin, avd for rehab
Nordland	Nordland Sentralsykehus	Nevrologisk poliklinikk

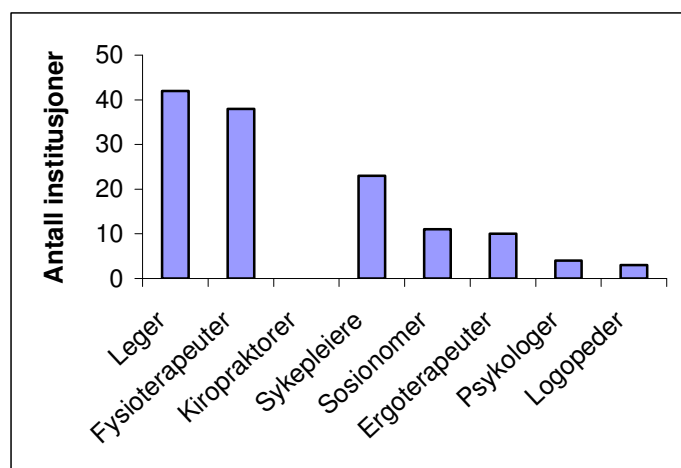
To av ryggpoliklinikkene med spesialistsamarbeid var lokalisert til regionssykehusene, fire til sentralsykehusene. Ryggpoliklinikker forekom vesentlig rundt Oslo og Bergen og i Helseregion Sør.

Det bør fremheves at inndelingen i ryggpoliklinikker med spesialistsamarbeid og andre ryggpoliklinikker ikke sier noe om verken kvalitet eller kvantitet i behandling av rygglidelser. Flere sentrale institusjoner i ryggomsorgen er regnet som andre ryggpoliklinikker.

I rapporten om tverrfaglige ryggpoliklinikker (Hoddevik, 1997), ble det også nevnt at ryggpasientene i et geografisk område i første rekke bør kunne henvises til bare én institusjon. Ved Ullevål sykehus finnes to ryggpoliklinikker med spesialistsamarbeid som antakelig tar imot pasienter fra samme opptaksområde.

Tverrfaglighet

I undersøkelsen ble det stilt et spørsmål om hvilke faggrupper som var representert ved avdelingen/poliklinikken (figur 1).



Figur 1. Yrkesgrupper ved avdelinger og poliklinikker

Leger og fysioterapeuter ble nevnt så å si av alle, mens sykepleiere ble rapportert ved rundt halvparten. Kiropraktorer ble ikke nevnt ved noen avdeling eller poliklinikk. Andre faggrupper, slik som sosionomer, ergoterapeuter og psykologer, ble nevnt i noen tilfeller.

Ventetid

For å få et inntrykk av rådende ventelister, spurte vi om gjennomsnittelig ventetid til avdelingen eller poliklinikken. Ut fra dette har vi beregnet gjennomsnittelig ventetid på ulike sykehusnivåer. Alle ventetider er tatt med, og det er ikke tatt hensyn til at noen har oppgitt forskjellig ventetid for poliklinikk og operasjon. Gjennomsnittstallene i denne tabellen er derfor meget usikre. Som det fremgår av tabell 7 var spredningen mellom ulike avdelinger betydelig.

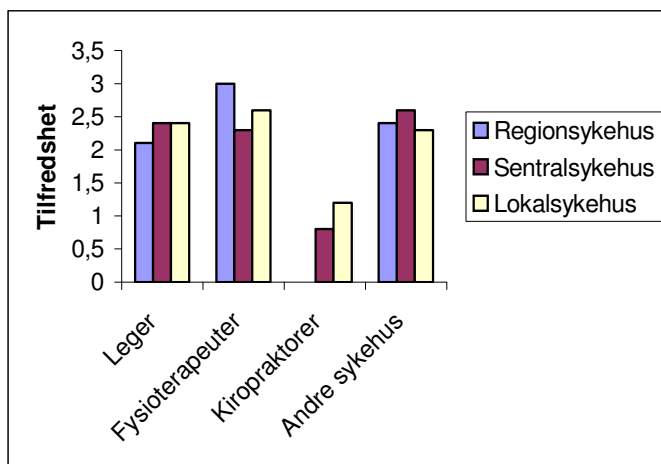
Tabell 7. Ventetider ved avdelinger og poliklinikker etter sykehusnivå

Sykehusnivå	Antall avd. besvart	Ventetid (i mnd.)	Minimum (i mnd.)	Maks. (i mnd.)
Regionsykehus	5	1,5	0	3
Sentralsykehus	21	2,8	0	15
Lokalsykehus	14	3,0	0	12
Totalt	40	2,7	0	15

Ventetiden til avdelinger og poliklinikker ved regionsykehus var angitt å være kort, i gjennomsnitt 1 1/2 måned, med et maksimum på tre måneder. Ved avdelinger og poliklinikker på sentral- og lokalsykehusnivå var ventetiden angitt som lengre, i gjennomsnitt 3 måneder.

Vurdering av det lokale samarbeidet

Avdelingene og poliklinikkene ble bedt om å vurdere det lokale samarbeidet med primærleger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre sykehus og institusjoner i fylket/regionen. Svarene ble poengsatt (bra/meget bra samarbeid=3, middels=2, dårlig=1, intet=0). Det ble deretter beregnet gjennomsnittsskåre for hver enkelt gruppe på hvert nivå.

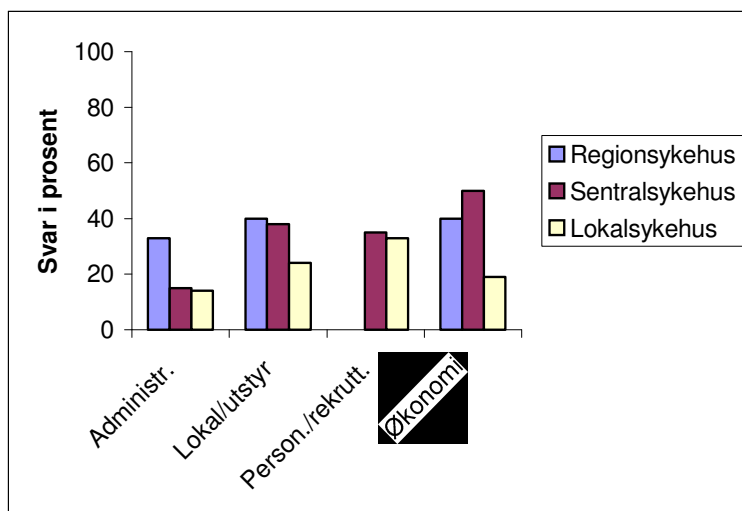


Figur 2. Grad av tilfredshet med det lokale samarbeidet

Det lokale eksterne samarbeidet var jevnt over vurdert som middels til godt, unntatt i forhold til kiropraktorene. For de fleste sykehusavdelinger eksisterte det intet samarbeid med denne faggruppen, på regionsykehusnivå var det helt fraværende. De få avdelinger som *hadde* et slikt samarbeid var imidlertid stort sett godt fornøyd med dette, særlig på lokalsykehusene.

Problemer i ryggomsorgen

I undersøkelsen ble det spurt om aktiviteten ved enheten var hemmet av problemer i forhold til administrasjon, lokaler/utstyr, personell/rekruttering og økonomi. I figuren nedenfor er prosentene beregnet ut fra totalt antall avdelinger som har svart på hvert nivå.



Figur 3. Problemer ved avdelinger og poliklinikker som behandler ryggpasienter

De fleste oppga at de hadde problemer på et eller flere områder. Lokalsykehusene skilte seg positivt ut med lavest prosent for alle typer problemer, bortsett fra personell/rekruttering. Sentralsykehusene hadde like store problemer med rekruttering som lokalsykehusene. Administrasjon så ut til å volde større problemer på regionsykehusnivå enn på lavere nivåer. Lokaler/utstyr og økonomi ble oppfattet som problematisk i størst grad på region- og sentralsykehusnivå, hele 50% av avdelingene ved sentralsykehusene og 40% ved regionsykehusene oppga at de hadde økonomiske problemer.

Forslag til forbedringer av omsorgen

Det var av interesse å få respondentenes synspunkter på mulige forbedringsområder i ryggomsorgen. Forslagene ble gruppert i større forbedringsområder.

Tabell 8. Forslag til forbedringer av ryggomsorgen

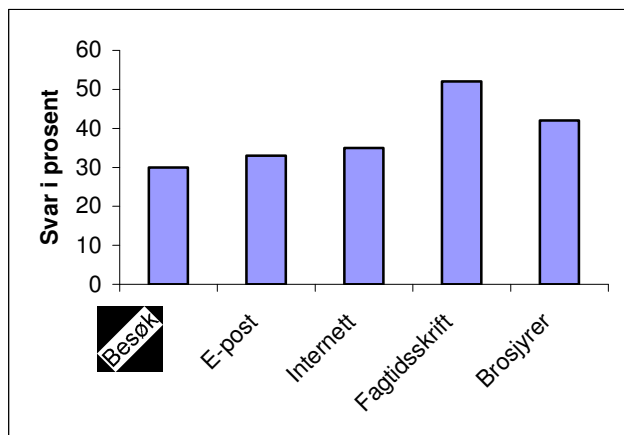
Forbedringsforslag	Antall forslag
Kompetanseheving	6
Konsensus og kvalitet	6
Klinisk forskning	3
Kommunikasjon med pasienten	6
Kapasitet og ressurser	11
Samordning	25
<i>derav bedret organisering generelt</i>	<i>10</i>
<i>bedret tverrfaglig arbeid på sykehusene</i>	<i>7</i>
<i>etablering av ryggpoliklinikker</i>	<i>3</i>
<i>økt sentralisering</i>	<i>3</i>
<i>endret faglig ansvar</i>	<i>2</i>
Samarbeid	4
<i>derav bedret lokalt samarbeid</i>	<i>3</i>
<i>bedret nettverk</i>	<i>1</i>
Totalt	61

Den største gruppen forslag gjaldt økt samordning av eksisterende ressurser, sammenlagt 25 svar, der 10 var mer generelle og foreslo bedret organisering av omsorgen, mens 7 gjaldt økt tverrfaglig arbeid ved sykehusene og 3 foreslo opprettelsene av ryggpoliklinikker.

Den nest største gruppen, økt kapasitet og ressurser, ble foreslått av 11. Andre forslag gjaldt bedret konsensus og kvalitet i ryggomsorgen (6), bedret kommunikasjon med pasientene (6) og forbedret samarbeid (4).

Ønske om informasjonsform med NR

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi hvilken type informasjon de ønsket fra Nasjonalt ryggnettverk (figur 4). Informasjonsønskene fokuserte på tradisjonell spredning av kunnskap, dvs. fagtidsskrifter og brosjyrer. En forholdsvis mindre andel ønsket informasjonen formidlet med e-post og internett.



Figur 4. Ønske om informasjon fra Nasjonalt ryggnettverk

Diskusjon

Svarprosenten i denne undersøkelsen var lav, 60%. Dette er vanlig i denne type studier. I undersøkelsen fra Norsk forening for ryggforskning som ble sendt ut fra Helsedirektoratet, svarte 68% av sykehusavdelingene (Norsk forening for ryggforskning, 1994).

En lav svarprosent kan ha gitt systematiske skjevheter, fordi det er grunn å anta at de mest interesserte og ryggfaglig engasjerte avdelingene tok seg tid å besvare skjemaet. Svarene er dermed ikke sikkert representative for den delen av sykehusomsorgen som engasjerer seg mer i andre medisinske problemer.

Noen svar som kom inn i denne kartleggingen var usikre og/eller mangelfulle. Dette kan skyldes ufullstendig utfylling av skjemaet ved avdelingen og oppfatning av enkelte spørsmål som irrelevante, så vel som manglende presiseringer i spørsmålstillinger fra Nasjonalt ryggnettverk. Den totale svarprosent på 60 anga hvor mange som har svart noe i det hele tatt, men innenfor denne gruppen var det variasjoner i hvor utfyllende svar som ble gitt. Graden av klarhet i funn som gjøres og svarprosent innen hver spørsmålsstilling kan dermed variere.

Fragmentering av omsorgen

Besvarelsen tyder på at det er mange ulike avdelinger og poliklinikker som behandler ryggplidelser. Ryggomsorgen virker dermed noe tilfeldig. Tilbakemeldingene som vi fikk, kunne også tyde på at utbygningen og den kontinuerlige driften av ryggomsorgen lokalt er avhengig av personlig engasjement og interesse. Ryggomsorgen ville stå betydelig svakere uten disse faglig engasjerte enkeltpersonene.

Omfanget av ryggbehandling

I dag behandles flertallet ryggpasienter i annenlinjetjenesten ved store sentra på regions- og fylkesnivå. Det er en betydelig grad av sentralisering av ryggomsorgen, som er i tråd med de anbefalinger som er gitt i tidligere utredninger (Norsk forening for ryggforskning, 1994; Hoddevik, 1997). Det synes også å forekomme enkelte større og betydningsfulle enheter på lokalsykehusnivå, som må støttes i det videre arbeidet.

Det reiser seg da et spørsmål om ressursene utnyttes effektivt ved de poliklinikker og avdelinger som behandler et meget lite antall ryggpasienter, eller om disse pasientene i stedet burde henvises til større sentra.

Ryggpoliklinikker

Valget av kriterier for å identifisere ryggpoliklinikker var basert på skjønn. Formålet med identifiseringen var ikke å sikkert lokalisere den ene eller andre poliklinikken i denne gruppen, men heller å få en generell formening om hvor mange klinikker som i dag er i funksjon, og hvor i landet de ser ut å være konsentrert. Det bør også gjøres oppmerksom på at ikke alle poliklinikker besvarte skjemaet, slik at det faktiske antallet kan være høyere.

Det ser ut til å være en konsentrasjon av tverrfaglige ryggpoliklinikker ved landets større befolkningssentra i og i nærheten av Oslo og Bergen. Oppbygningen av tverrfaglige ryggpoliklinikker har gått sakte i andre deler av landet.

Det hadde vært interessant å undersøke i hvilken utstrekning man bruker de nye tverrfaglige utrednings- og behandlingstakstene som er blitt introdusert for å stimulere nettopp til etablering av ryggpoliklinikker. Dette vil antakelig bli kommentert i utredningen fra Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Det kan være grunn til å mistenke at takstene ikke har hatt særlig effekt, når etableringen av tverrfaglige ryggpoliklinikker har gått så langsomt.

Tverrfaglighet

Besvarelsene over hvilke faggrupper som fantes ved avdelingene og poliklinikkene ga inntrykk av usikkerhet, muligens på grunn av uklar formulering av spørsmålet i vår undersøkelse. Noen respondenter tenkte åpenbart ut fra et legeperspektiv og nevnte bare ulike legespesialiteter når de har talt opp de ansatte. I og for seg er dette et interessant funn, fordi det indikerer at begrepet «tverrfaglighet» slett ikke forstås likt. Mens noen oppfatter det som ulike legespesialiteter, oppfatter andre det som ulike faggrupper, som leger, ergoterapeuter, psykologer mv.

Det ble i liten grad presisert hvilken spesialkompetanse andre yrkesgrupper enn leger hadde. Blant fysioterapeutene innehar for eksempel manuellterapeuter en særstilling med spesiell kompetanse på manipulasjonsbehandling. Disse er allikevel inkludert blant andre fysioterapeuter.

Tross disse manglene i undersøkelsen, fremstår to funn som interessante og rimelig sikre. Det første er at graden av tverrfaglighet er lav, hvis man ser hvor mange yrkesgrupper som er representert ved avdelingene. Det var bare ni avdelinger som oppga å ha fire eller flere faggrupper ansatt på avdelingen. Dette er ikke en ønsket situasjon.

Det andre funnet er at kiropraktorer ikke er tilknyttet sykehusavdelinger og poliklinikker som behandler ryggpasienter, til tross for at dette bl.a. ble sterkt anbefalt i rapporten fra Statens Helsetilsyn (Hoddevik, 1997). Muligens har dette å gjøre med de lønns- og arbeidsvilkår som tilbys kiropraktorer ved sykehusene.

Det må anses som ønskelig at kiropraktorer og manuellterapeuter trekkes inn i den sykehusbaserte ryggomsorgen i større grad enn hva som har skjedd tidligere. Kliniske studier har vist god effekt av manipulasjonsbehandling som gis bl.a. av disse yrkesgruppene, og deres erfaring med ryggpasienter er omfattende og verdifull.

Ventetid

Det ser ut som om sykehusene/poliklinikkene har rimelig ventetid for vanlig utredning. Spesielt var ventetiden til regionsykehusene kort, men dette kan antakelig være betinget av at disse mottar nokså ferdig utredede pasienter i mindre antall fra andre sykehus, og at servicefunksjonen innenfor sykehushierarkiet er god.

Ventetid ble også undersøkt og drøftet i rapporten fra Norsk forening for ryggforskning. Sammenlignet med vår undersøkelse, som ga en gjennomsnittelig ventetid på 9 uker, viste undersøkelsen i 1994 ventetid på 6 – 12 uker, altså omtrent samme resultat. Resultatene er svært

usikre men peker ikke i retning av betydelig bedring eller forverring av ventetider til utredning av rygg sykdommer i løpet av de siste årene.

Det bør også poengteres at variasjonen i ventetider i vår undersøkelse var betydelig med maksimum ventetid på 15 og 12 måneder ved avdelinger/poliklinikker på henholdsvis sentralsykehus og lokalsykehus. Om enn gjennomsnittet er tilfredstillende er det åpenbart betydelige problemer med ventetider ved enkelte sykehus.

Et riktigere bilde av ventetider vil man antakelig få ved å følge henvisningen av pasienter fra primærhelsetjenesten til sykehusene. I undersøkelsen gjort av Norsk forening for ryggforskning ble det vist at henvisende primærleger oppfattet ventetidene som et betydelig problem.

Lokalt samarbeid

Samarbeidet mellom sykehusene og primærleger, fysioterapeuter og andre sykehus var i de fleste tilfeller angitt å være godt når det gjelder omsorgen om pasienter med rygg lidelser. Allikevel var det noen steder et potensiale for å få i stand et bedret samarbeid. Dette ble også synlig i spørsmålene om forbedringer av rygg omsorgen, der økt lokalt samarbeid ble nevnt som et viktig punkt av enkelte avdelinger.

Det lokale samarbeidet mellom sykehusavdelingene og kiropraktorer var dårlig eller helt fraværende, og i tråd med de funn som ble gjort vedrørende bruk av kiropraktorer internt på sykehusene. Dette avspeiler antakelig en mistro til kiropraktorbehandling som har vært gjeldende i lang tid. Tatt i betraktning den betydning som kiropraktorene har i primærbehandlingen av rygg lidelser så er dette ikke en gunstig situasjon. En bedret rygg omsorg er avhengig av felles og lik informasjon til pasientene. Et dårlig samarbeidsklima mellom faggrupper vil svekke mulighetene for å få i stand en slik felles tilnærming. Det er en viktig oppgave for Nasjonalt ryggnettverk å stimulere til økt faglig kontakt og gjensidig respekt mellom ulike faggrupper.

Problemer i rygg omsorgen

Avdelingene og poliklinikkene ved region- og sentralsykehusene hadde betydelige problemer med økonomi og organisering. Dette er antakelig ikke et spesifikt problem for rygg omsorgen, men et generelt problem for all behandling ved sykehusene med for små økonomiske rammer og for store og uoversiktlige sykehus. Samtidig er rygg omsorgen ikke øverst på prioriteringslisten, noe som kan forklare hvorfor disse problemene slår sterkt ut her.

På avdelingene ved lokalsykehusene ble disse områdene i mindre grad oppfattet som problematiske, men her hadde man mangel på kvalifisert personell. En egen fagspesialitet for utredning og behandling av rygg sykdommer finnes ikke, og disse tilstandene har en svært beskjeden plass i legeutdanningen. I forhold til de oppgaver som finnes i behandling av rygg sykdommer er antakelig antallet fagpersoner for lite.

Forbedringer av rygg omsorgen

Fra sykehusenes side kom det forholdsvis få forslag som gjaldt økt tildeling av ressurser og utvidet kapasitet. Mesteparten gikk i stedet i retning av bedret utnyttelse av eksisterende ressurser, først og fremst bedret samordning, organisering, samarbeid og kvalitet. Dette avspeiler antakelig det faktum at flertallet av svarene kom fra region- og sentralsykehus som også anga mange

problemer med organisering av omsorgen. De organisatoriske problemene er for øyeblikket så store at de overskygger knapphetsproblemer.

Ønske om informasjonsform med NR

Avdelingene og poliklinikkene ved sykehusene ønsket kontakt med Nasjonalt ryggnettverk, men ønsket kontaktform var svært varierende. Flertallet ønsket de mer «tradisjonelle» informasjonskanalene med brosjyrer og artikler i medisinske tidsskrifter og annen faglitteratur. Det var kanskje noe overraskende at interessen for informasjon over e-post og internett var såpass liten. Dette skyldes antakelig at mange sykehus ikke har noen enkel eller utbredt tilknytning til internett, og at man har mangel på tilgjengelige maskiner. Hvis ikke legen har direkte tilgang til e-post eller internett fra sin egen maskin vil elektronisk spredt informasjon ikke være av interesse.

For Nasjonalt ryggnettverk vil dette bety at Formidlingsenheten må ta i bruk en rekke informasjonsveier for å nå frem til sykehusavdelingene.

Konklusjoner

- Den sykehusbaserte ryggomsorgen bærer fortsatt et tilfeldig preg. Ansvar for behandling av ryggpasienter i annenlinjetjenesten er uklart.
- Ryggomsorgen virker i økende grad sentralisert. Mesteparten av pasientene behandles ved sentral- og regionsykehusene.
- Ryggpoliklinikkene er ikke fullt utbygd. Det er grunn å tro at forsøkene med tverrfaglige utrednings- og behandlingstakster enda ikke har hatt særlig effekt på etableringen av flere ryggpoliklinikker.
- Graden av tverrfaglighet i ryggbehandling varierer betydelig. Det er ønskelig at sykehusavdelinger og poliklinikker i større grad bruker flere yrkesgrupper for behandling av ryggpasienter.
- Kiropraktorene er i liten grad trukket inn i det lokale samarbeidet mellom annenlinje- og førstelinjetjenesten. Samarbeidsforholdene med primærleger, fysioterapeuter og andre sykehus er rapportert å være gode.
- De store motorene i ryggomsorgen, dvs. regions- og sentralsykehusene møter problemer i mangel på ressurser og god organisering. De små omsorgsgiverne, lokalsykehusene, har mangel på fagpersoner.
- Behandlerne av ryggpasienter ved sykehusene angir bedret organisering og samarbeid som avgjørende elementer for å skape en bedret ryggomsorg i landet.
- Nasjonalt ryggnettverk må ta i bruk flere informasjonskanaler for å nå frem til sykehusene.

Referanser

Lie, H. (1991). Rapport til Sosialdepartementet vedrørende evaluering av en modell for ryggpoliklinikker. Oslo, Ullevål sykehus.

Norsk forening for ryggforskning (1994). Strukturering av ryggomsorgen i Norge. Oslo, Norsk forening for ryggforskning.

Statens Helsetilsyn (1995). Vondt i ryggen. IK-2508. Oslo, Statens Helsetilsyn.

Hoddevik, G. et al. (1997). Organisering av ryggpoliklinikker og nasjonalt kompetansesenter. Rapport fra en arbeidsgruppe til Statens Helsetilsyn. Oslo.

Den norske lægeforening (2000). Årbok for den norske lægeforening 2000-2001. Oslo.

Kommunedatabasen (1999). <http://www.ki.kommorg.no/virksom/helse/sykehus.html>

Appendiks Spørreskjema